



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO
CITOLÓGICO E HISTOLÓGICO DE LAS LESIONES
ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES CERVICALES Y
CARCINOMA INFILTRANTE EN EL HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2012- 2016**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MEDICO CIRUJANO

AUTORES:

Bach. CIRO MIGUEL FLORES TENORIO

Bach. CIRO MAS GOLAC

LAMBAYEQUE- PERÚ

2017



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO
CITOLÓGICO E HISTOLÓGICO DE LAS LESIONES
ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES CERVICALES Y
CARCINOMA INFILTRANTE EN EL HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2012- 2016**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MEDICO CIRUJANO**

Bach. FLORES TENORIO CIRO MIGUEL
AUTOR

Bach. MAS GOLAC CIRO
AUTOR

Dr. VICTOR D. LINARES BACA
ASESOR TEMATICO

Dr. BLANCA S. FALLA ALDANA
ASESOR METODOLOGICO

Dr. PERCY D. ORDEMAR VASQUEZ
CO-ASESOR

Dr. JOSE M. PAREDES LOLI
CO-ASESOR



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO
CITOLÓGICO E HISTOLÓGICO DE LAS LESIONES
ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES CERVICALES Y
CARCINOMA INFILTRANTE EN EL HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2012- 2016**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MEDICO CIRUJANO**

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR

**Dr. ANIBAL E. MONGE MOYANO
PRESIDENTE**

**Dr. ALFREDO S. CHICLAYO PADILLA
SECRETARIO**

**Dr. CARLOS A. ALVA MENESES
VOCAL**

**Dr. CARLOS M. HERRERA RIOS
SUPLENTE**

DEDICATORIA

A DIOS nuestro padre celestial, por habernos dado la vida y permitirnos lograr uno de nuestros principales objetivos, por brindarnos fortaleza y sabiduría en nuestro significativo andar.

A nuestros padres, por su apoyo constante e incondicional para culminar nuestros estudios, por sus consejos y motivación constante que son el impulso necesario para cumplir con todo lo que nos proponemos en la vida.

A nuestros hermanos, familiares y amigos más cercanos que siempre nos dieron ánimos para continuar y perseverar con nuestros objetivos.

Los autores.

AGRADECIMIENTO

*A cada uno de los miembros del jurado que
con sus sugerencias y aportes brindados,
han contribuido al perfeccionamiento de
ésta investigación.*

*A nuestra alma mater, la Universidad
Nacional Pedro Ruiz Gallo, en especial a
la Facultad de Medicina Humana, por su
respaldo y buena formación profesional.*

Los autores.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
INDICE	VI
RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	X
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
Tipo de investigación.....	9
Diseño de la investigación.....	9
Población y muestra de estudio.....	9
Criterios de inclusión.....	9
Criterios de exclusión.....	10
Técnicas e instrumentos de recolección.....	11
Análisis estadístico.....	11
III. RESULTADOS.....	12
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES.....	28
VIII. RECOMENDACIONES.....	30
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	37

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	<i>Sensibilidad del estudio citológico para lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante (2012-2016).....</i>	<i>17</i>
Tabla 2.	<i>Pacientes que presentaron la misma lesión tanto en el diagnóstico citológico como en el diagnóstico histológico.....</i>	<i>18</i>
Tabla 3.	<i>Pacientes agrupados por edades cada 10 años.....</i>	<i>21</i>
Tabla 4.	<i>Valor del índice de Kappa aplicado a 82 pacientes.....</i>	<i>23</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Número de pacientes con diagnostico citológico para lesiones escamosas intraepiteliales (2012 – 2016).....	15
Figura 2. Número de pacientes que se realizaron estudio histológico para lesiones escamosas intraepiteliales o carcinoma infiltrante (2012 – 2016).....	16
Figura 3. Pacientes que presentaron positivo al diagnóstico citológico.....	19
Figura 4. Pacientes que presentaron positivo al diagnóstico histológico.....	20
Figura 5. Número de pacientes agrupados por edades en rango de 10 años.....	22

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Ficha protocolo que se utilizó para la recolección de datos.....	38
ANEXO 2. Valores del índice de Kappa (23).....	39

RESUMEN

En el presente trabajo se evaluó la concordancia del estudio citológico e histológico y la sensibilidad del estudio citológico para el descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales y carcinoma infiltrante del Hospital Regional Lambayeque desde los años 2012 – 2016.

8200 pacientes que acudieron para el descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante, 150 pacientes presentaron una de las lesiones mencionadas al estudio citológico, de los cuales 68 no se realizaron el estudio histológico para confirmar la lesión escamosa intraepitelial cervical o carcinoma infiltrante, y 82 paciente se realizaron el estudio histológico confirmatorio, 18 de ellos (21.9%) presentaron la misma lesión tanto para el diagnóstico citológico como para el diagnóstico histológico. El grupo etáreo que presentó mayor número de pacientes con alguna lesión escamosa epitelial fue de 41 - 50 años tanto en el estudio citológico como para el estudio histológico. La sensibilidad de los 82 pacientes que presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial cervical o carcinoma infiltrante para el diagnóstico citológico es de 71, 9%, y el índice de Kappa fue $K = 0,0954843$ demostrando una pobre concordancia entre el estudio citológico y el estudio histológico.

Palabras claves: Concordancia, Sensibilidad, Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales, Carcinoma infiltrante.

ABSTRACT

In the present work we evaluated the concordance of the cytological and histological study and the sensitivity of the cytological study for the discarding of cervical intraepithelial squamous lesions and infiltrating carcinoma of the Lambayeque Regional Hospital from the years 2012 - 2016.

8,200 patients who came for the removal of cervical intraepithelial squamous lesions or infiltrating carcinoma, 150 patients had one of the mentioned lesions on the cytological study, 68 of which did not undergo the histological study to confirm the cervical intraepithelial squamous lesion or infiltrating carcinoma, and 82 patients were submitted to the confirmatory histological study, 18 of them (21.9%) presented the same lesion both for the cytological diagnosis and for the histological diagnosis. The age group with the highest number of patients with an epithelial squamous lesion was 41-50 years old, both in the cytological study and in the histological study. The sensitivity of the 82 patients who had a cervical intraepithelial squamous lesion or infiltrating carcinoma for the cytologic diagnosis was 71.9% and the Kappa index was $K = 0.0954843$, showing a poor concordance between the cytological study and the histological study.

Key words: Concordance, Sensitivity, Cervical Intraepithelial Squamous Lesions, Infiltrating Carcinoma.

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El gran aumento de cáncer en los últimos 30 años ha sido atribuido a factores ambientales y como el estilo de vida, el tabaquismo, componentes de la dieta y la contaminación (1).

Se han encontrado muchos documentos antiguos de médicos, que mencionan malformaciones patológicas, que fueron identificadas como cáncer, estas malformaciones patológicas eran conocidas por los antiguos egipcios y los griegos (2).

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la tercera neoplasia más frecuente en el mundo. El cribado citológico ha demostrado su eficacia, puesto que en determinados países ha conseguido reducir en un 70 - 80% la incidencia y mortalidad; debido a la detección de lesiones premalignas asintomáticas cuyo diagnóstico y tratamiento evita su progresión a carcinoma invasor (3).

El 13% de los pacientes con cáncer de cuello uterino se diagnostican en estadios avanzados, siendo la tasa de supervivencia a 5 años para el cáncer cervical metastásico de 16,5% en comparación con 91,5% para el cáncer de cuello de útero localizada (4).

La Agencia Internacional de Investigación Contra el Cáncer (IARC) ha reportado 10 mil casos de cáncer cervicouterino que ocurren anualmente en Perú para mayores de 20 años, con un crecimiento exponencial a partir del quinquenio de los 30 – 35 años; la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino para las

mujeres en Lima es de 4.01% que significa que una de cada 25 mujeres que viven hasta los 85 tendrían la posibilidad de desarrollar CCU (5).

En las dos últimas décadas, varios estudios han confirmado que el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino y sus lesiones precursoras es el virus del papiloma humano (VPH). Concretamente, los VPH 16 y 18 explican el 70% de los CCU y otros 10 tipos (VPH 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51 y 39) explican el 25 - 35% de los casos restantes. Sin embargo, más del 90% de las infecciones por VPH son transitorias y, por tanto, irrelevantes desde el punto de vista oncogénico (3)

Existen muchas técnicas para diagnosticar el cáncer de cuello uterino dentro ellas tenemos el uso de la tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (MRI), por emisión de positrones - TC (PET -CT) (6). El uso de la prueba citológica desarrollado por George Papanicolaou (la prueba de Papanicolaou) es muy utilizado en el despistaje de cáncer de cuello uterino, esta técnica ha llevado a una reducción en la incidencia de cáncer cervical en los países desarrollados (6). La especificidad de la prueba de Papanicolaou se aproxima a 98%. Sin embargo, la sensibilidad es de 51% para la detección de cualquier grado de CIN con una sola prueba (7).

Sin embargo, en los países en desarrollo, el cáncer de cuello uterino sigue siendo la causa más común de muerte por cáncer entre las mujeres (8). En los países desarrollados, la incidencia y la mortalidad de este cáncer han disminuido

significativamente debido a los esfuerzos realizados para detectar lesiones precancerosas temprano (9).

El diagnóstico final de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino se fundamenta en el estudio histopatológico; el diagnóstico histológico es el Gold standard con el que se comparan tanto las técnicas de cribado como los resultados de la colposcopia. Por tanto, los programas de calidad de estas técnicas toman como referencia el diagnóstico histológico. Por último, el diagnóstico histológico representa la fuente principal de los diagnósticos que figuran en los registros de cáncer, y que se utilizan para la evaluación de los programas de cribado (10)

En Cuba en el año 2014 Cordero J. Estudió la “Correlación cito-colpo-histológica en la consulta de patología de cuello del Hospital Universitario Leopoldito Martínez durante los años 2011-2012”, estudio retrospectivo y descriptivo, se concluyó, una baja correlación cito-colposcópica, fundamentalmente en las LIE-BG, por un elevado diagnóstico colposcópico de LIE-AG. Esto hace plantear que se debe realizar una revisión de la técnica de la colposcopia, por varias razones: las LIE-BG no son siempre tributarias de biopsias, y debemos tener en cuenta que este proceder no está exento de riesgos y/o complicaciones y debe realizarse cuando está indicado. (11)

Olivares A y Colab en el año 2013 estudiaron la “Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histología de las lesiones intraepiteliales del cérvix”, estudio descriptivo, retrospectivo con una muestra de 673 pacientes atendidos por el servicio de patología del hospital de la mujer, Secretaria de Salud, en el periodo comprendido 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2011 se

calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y certeza diagnóstica. Se concluyó que la prueba de mayor utilidad para el diagnóstico de displasias y cáncer cervicouterino fue la colposcopia ya que detectó los verdaderos positivos confirmados por biopsia, comparada con la citología la cual tuvo mayor porcentaje de falsos negativos. (12)

En Ecuador en el año 2013 Hernán P y Jumbo M, M. investigaron sobre la “correlación entre citologías anormales, colposcopia y estudio histopatológico en pacientes con lesiones premalignas de cuello uterino en el hospital “Pablo Arturo Suarez”, en el año 2013, estudio de corte transversal, se analizó a 191 mujeres con edad promedio de 34 años. Por Citología se sospechó en un 44,5% en Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIE BG) y en un 42,4% en Atipia escamosa de significado incierto (ASCUS). Por Colposcopia se diagnosticó en 73,2% de LIE BG y un 6,2% de lesiones intraepiteliales de Alto grado (LIE AG) y un 20,3% no evidenció lesiones. En el Diagnóstico histopatológico se evidenció en un 73,8% LIE BG, un 5,7% LIE AG, en un 14,6% Cervicitis crónica y no se realiza en un 5,7%, se concluyó que el grado de certeza y sospecha de LIE por citología en esta institución está dentro de valores aceptables y que debe realizarse los estudios complementarios como Colposcopia y biopsia en casos de ASCUS determinados por citología ya que se hallan importantes lesiones premalignas.(13)

Feliz M y Colab en el 2011 realizaron un estudio retrospectivo de corte transversal, en la clínica de patología del cérvix y colposcopia del hospital de la mujer dominicana, con el objetivo de determinar la correlación diagnóstica entre

citología, colposcopia y biopsia en la neoplasia intraepitelial cervical 2008-2009. Se concluyó que hubo discordancia entre el diagnóstico citológico y el histológico, los resultados obtenidos justifican hacer nuevos estudios de concordancia entre las diferentes técnicas diagnósticas en otras instituciones de salud; así como realizar estudios de concordancia entre observadores clínicos para reducir los factores asociados al error en los diferentes métodos diagnósticos. La comparación de los diagnósticos por citología y colposcopia con los resultados obtenidos en la biopsia, muestra una falla de concordancia al momento de dar un diagnóstico definitivo. Podemos observar que, de 73 citologías realizadas durante el periodo de estudio, 68 (93.1 %) correspondieron a NIC I. De igual manera sucedió en la colposcopia donde nosotros obtuvimos 66pacientes (86.9%) de 76 resultando positiva para un NIC I. En cuanto a los resultados histopatológicos encontramos que de 118 pacientes reportaron 83 (70.3%) casos de NIC I, mientras el mencionado autor nos dio a conocer un porcentaje de 85 por ciento de sus pacientes. (14)

Mendivil J., en 2011, evaluó la “Concordancia diagnostica de VPH por citología cervical, colposcopia y estudio histopatológico”. Universidad Veracruz. Marzo 2008-Febrero 2011.estudio transversal, analítico, prospectivo; Enero 2009 a enero 2011, muestra 110 pacientes con citologías positivas a VPH, se realizaron 110 colposcopias con biopsia dirigida, 79 positivas a VPH (71.8%), 78(70.9%) LEIBG, 9 LEIAG (8.2%), histológicamente 72 (65.5%). 63 LEIBG (57.3%), 23 LEIAG (20.9%).se concluyó la concordancia diagnostica entre colposcopia e histopatología fue del 68%.; las diferencias entre el diagnostico citológico, colposcópico e histopatológico son grandes (>30%).(14)

En este trabajo se evaluó la concordancia del estudio citológico e histológico y la sensibilidad del estudio citológico para el descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales y carcinoma infiltrante del Hospital Regional Lambayeque desde los años 2012 – 2016.

Donde se planteó el objetivo general identificar la concordancia entre el diagnóstico citológico e histológico de las lesiones escamosas intraepiteliales cervicales y carcinoma infiltrante en el Hospital Regional Lambayeque 2012 – 2016 , y los objetivos específicos : determinar la incidencia de pacientes que presentaron lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante, después de una evaluación citológica e histológica, 2012 - 2016 en el Hospital Regional Lambayeque; estimar la sensibilidad del estudio citológico de las lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante, en el hospital regional Lambayeque 2012 - 2016.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

II. MATERIALES Y METODOS

1.1. Tipo de investigación

- Descriptivo / Retrospectiva y transversal

1.2. Diseño de investigación/ contrastación de hipótesis

- No experimental / No requiere hipótesis

1.3. Población y muestra

La población, estará conformada por 8200 pacientes de sexo femenino que acuden desde el mes de enero del año 2012 a diciembre del año 2016 al Hospital Regional de Lambayeque que acuden para el descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante de cuello uterino.

De 150 pacientes con informe citológico para LIEBG – LIEAG o carcinoma infiltrante, 82 se les realizó biopsia para confirmar el diagnóstico.

➤ Criterios de inclusión

1. Resultado de estudio citológico positiva para:
 - LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (DISPLASIA LEVE)

- LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (DISPLASIA MODERADA)
- LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (DISPLASIA SEVERA)
- LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (CARCINOMA IN SITU)
- CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

2. Resultado de estudio histológico positiva para:

- NIC I (DISPLASIA LEVE)
- NIC II (DISPLASIA MODERADA)
- NIC III (DISPLASIA SEVERA)
- NIC III (CARCINOMA IN SITU)
- CARCINOMA ESCAMOSO

➤ **Criterios de exclusión**

1. Citología obtenida por PAP negativo para lesión escamosa intraepitelial de cérvix.
2. Citología obtenida por PAP con diagnóstico ASCUS- AGUS
3. Citología obtenida con diagnóstico con LIE-BG (POR PVH)
4. Histología obtenida por biopsia negativo para lesión escamosa intraepitelial de cérvix.
5. Citología e histología con muestra inadecuada.

2.4. Técnica e instrumento de Recolección

Los datos se recolectaron en una ficha protocolo diseñada por los investigadores, en las que están contempladas las variables de estudio (ANEXO 1).

En la ejecución se seguirá los siguientes pasos:

Los resultados de estudio cito-histológico se recolectaron del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Regional Lambayeque – Provincia Chiclayo – Departamento Lambayeque.

2.5. Análisis estadístico

Para la evaluación de los datos recolectados de la base de datos del Hospital Regional Lambayeque se utilizó el programa Microsoft Office y los programas estadísticos SPSS.v. 23 y Minitab. v.17

En los cuales se determinó la sensibilidad del estudio citológico y la concordancia entre el estudio citológico e histológico, para encontrar el valor de la concordancia se utilizó el análisis de Kappa, los valores de Kappa se observan en el anexo 2 donde se aprecia el valor máximo y mínimo valor de concordancia, los resultados se trabajó con un 95 % de confianza.

III. RESULTADOS

III. RESULTADOS

8200 pacientes que acudieron para descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante en el Hospital Regional De Lambayeque durante los años 2012-2016.

En la figura 01 se observa un total de 150 pacientes que presentaron alguna de las lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante durante los años 2012 a 2016.

De las 150 pacientes que presentaron alguna de las lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante, en la figura. 02 se aprecia que 68 pacientes no se realizaron el estudio histológico confirmatorio. En 82 paciente que si se realizaron el estudio histológico confirmatorio, de las cuales 59 fueron positivas para lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante y en 23 no se encontró una lesión escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante.

Al realizarse la prueba de sensibilidad a las 82 pacientes que mostraron lesión escamosa intraepitelial tras la prueba de diagnóstico citológico, se encontró una sensibilidad de 71.9% (tabla 01).

En la tabla 02 se muestra el número que pacientes presentaron la misma lesión tanto para el diagnóstico citológico como para el diagnóstico histológico, 5 pacientes presentaron displasia leve (NIC I) tanto para el diagnóstico citológico como para el diagnóstico histológico calculándose un porcentaje de 6.1 %, 5 pacientes presentaron displasia moderada (NIC II) tanto para el diagnóstico citológico como para el diagnóstico histológico calculándose un porcentaje de 6.1%, 6 pacientes presentaron displasia severa (NIC III) tanto para el diagnóstico

citológico como para el diagnóstico histológico calculándose un porcentaje de 7,3%, 1 paciente presento carcinoma in situ (NIC III) tanto para el diagnóstico citológico como para el diagnóstico histológico calculándose un porcentaje de 1,2%, 2 paciente presento carcinoma escamoso tanto para el diagnóstico citológico como para el diagnóstico histológico calculándose un porcentaje de 2,4%.

De las 82 pacientes que presentaron una de las lesiones mencionadas, 2 pacientes fueron diagnosticados con carcinoma escamoso, 5 pacientes fueron diagnosticados con carcinoma in situ, 26 pacientes fueron diagnosticados con displasia leve, 33 pacientes fueron diagnosticados con displasia moderada y 16 pacientes fueron diagnosticados con displasia severa (figura 03).

De las 82 pacientes que presentaron positivo al diagnóstico histológico, 19 pacientes fueron diagnosticados con carcinoma, 2 pacientes fueron diagnosticados con carcinoma in situ, 18 cervicitis, 12 pacientes fueron diagnosticados con displasia leve, 10 pacientes fueron diagnosticados con displasia moderada, 16 pacientes fueron diagnosticados con displasia severa, y 5 pacientes fueron diagnosticados como normales (figura 04).

En la tabla 03 se muestra el porcentaje de pacientes agrupados por edades cada 10 años, siendo el de mayor grupo etáreo de 41 - 50 años, con un porcentaje con 24, 4 %. En la figura 05 se aprecia que en el grupo de 91 - 100 años y en menores de 20 años se encontró sólo 1 paciente con alguna lesión escamosa intraepitelial cervical o carcinoma infiltrante.

En la tabla 04 se aprecia el valor del índice de Kappa realizado a las 82 pacientes que presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial para el diagnóstico citológico y posteriormente corroborado con el diagnóstico histológico, presentó

un valor de $K=0,0954843$ indicando que hay una pobre concordancia (anexo 02) entre el diagnóstico citológico e histológico.

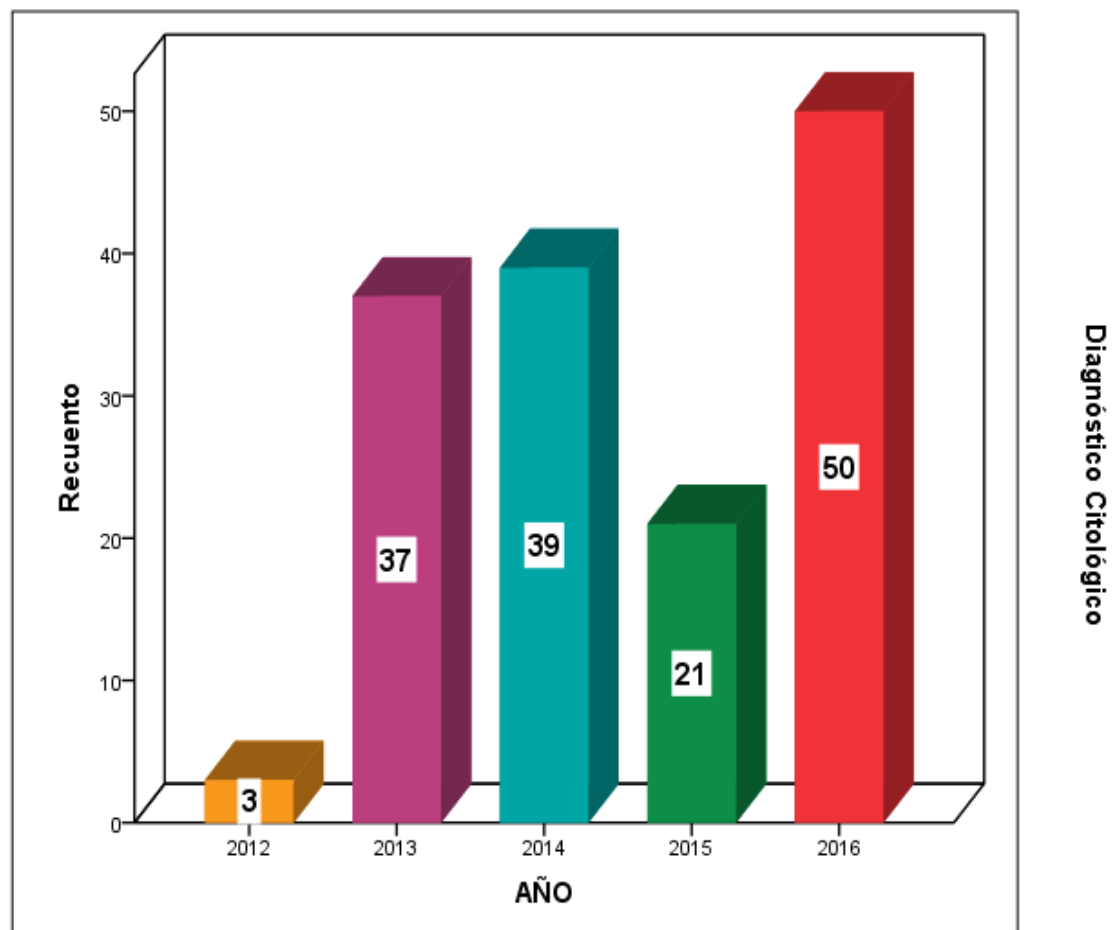


Figura 01: Número de pacientes con diagnóstico citológico para lesiones escamosas intraepiteliales (2012 – 2016).

Fuente: Elaboración propia

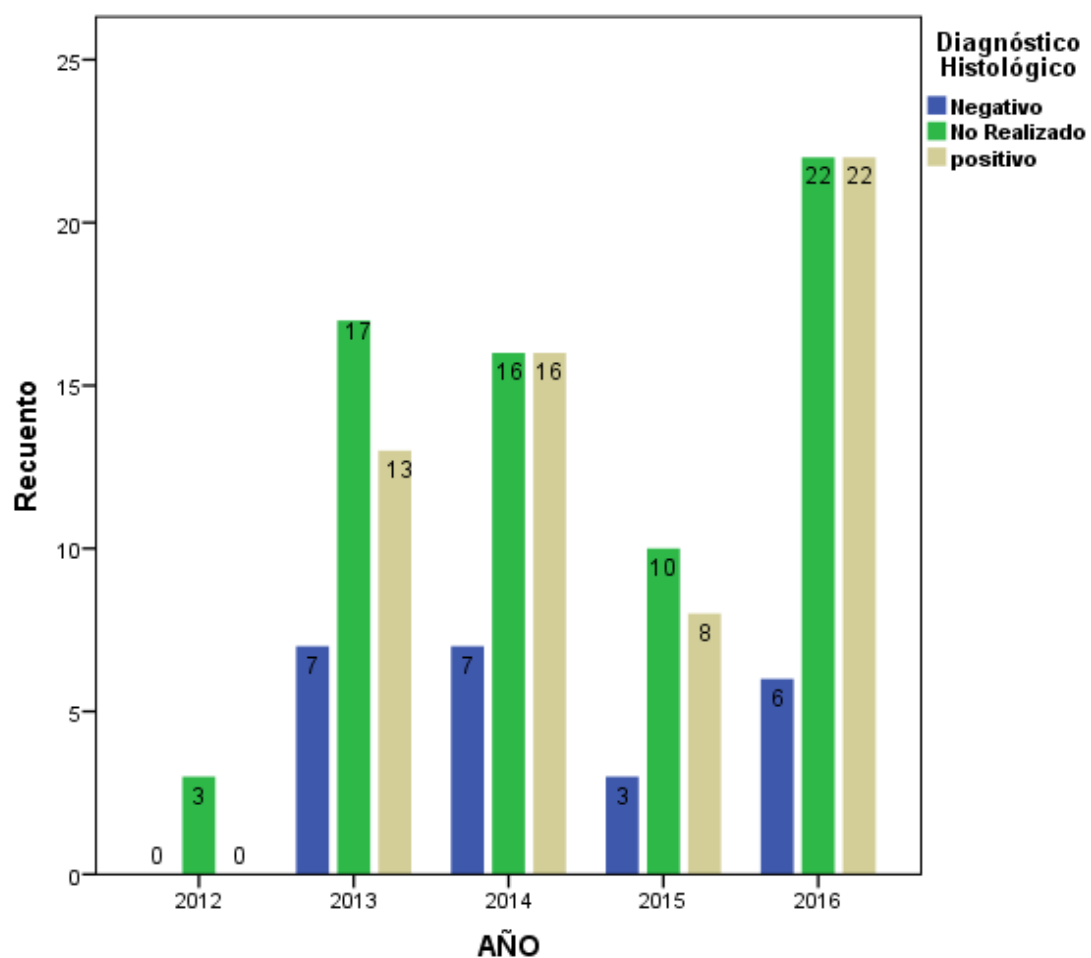


FIGURA 02: Número de pacientes que se realizaron estudio histológico para lesiones escamosas intraepiteliales o carcinoma infiltrante (2012 – 2016).

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 01.

Sensibilidad del estudio citológico para lesiones escamosas intraepiteliales cervicales y carcinoma infiltrante (2012- 2016).

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
Recuento	59	23	82
% del total	71.9%	28,1%	100%

Sensibilidad de los 82 pacientes que mostraron lesión escamosa intraepitelial en el estudio citológico como en el estudio histológico expresado en porcentajes (elaboración propia).

Tabla 02.

Pacientes que presentaron la misma lesión tanto en el diagnostico citológico como en el diagnostico histológico.

		Diagnóstico Histológico							
		NIC I (displasia leve)	NIC II (displasia moderada)	NIC III (displasia severa)	NIC III (carcinoma in situ)	CARCINOMA	CERVICITIS	NORMAL	TOTAL
Diagnóstico Citológico	DISPLASIA LEVE	5 (6.1%)	4 (4.9%)	3 (3.7%)	0 (0%)	1 (1.2%)	8 (9.8%)	5 (6.1%)	26 (31.7%)
	DISPLASIA MODERADA	7 (8.5%)	5 (6.1%)	6 (7.3%)	1 (1.2%)	6 (7.3%)	8 (9.8%)	0 (0%)	33 (40.2%)
	DISPLASIA SEVERA	0 (0%)	1 (1.2%)	6 (7.3%)	0 (0%)	7 (8.5%)	2 (2.4%)	0 (0%)	16 (19.5%)
	CARCINOMA IN SITU	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)	3 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (5.5%)
	CARCINOMA ESCAMOSO	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.4%)
	TOTAL	12 (14,6%)	10 (12.2%)	16 (19,5%)	2 (2.4%)	19 (23.2%)	18 (22.0%)	5 (6.1%)	82 (100%)

Cantidad y porcentaje de pacientes que presentaron la misma lesión tanto para el diagnóstico citológico como para diagnostico histológico en negrita (elaboración propia).

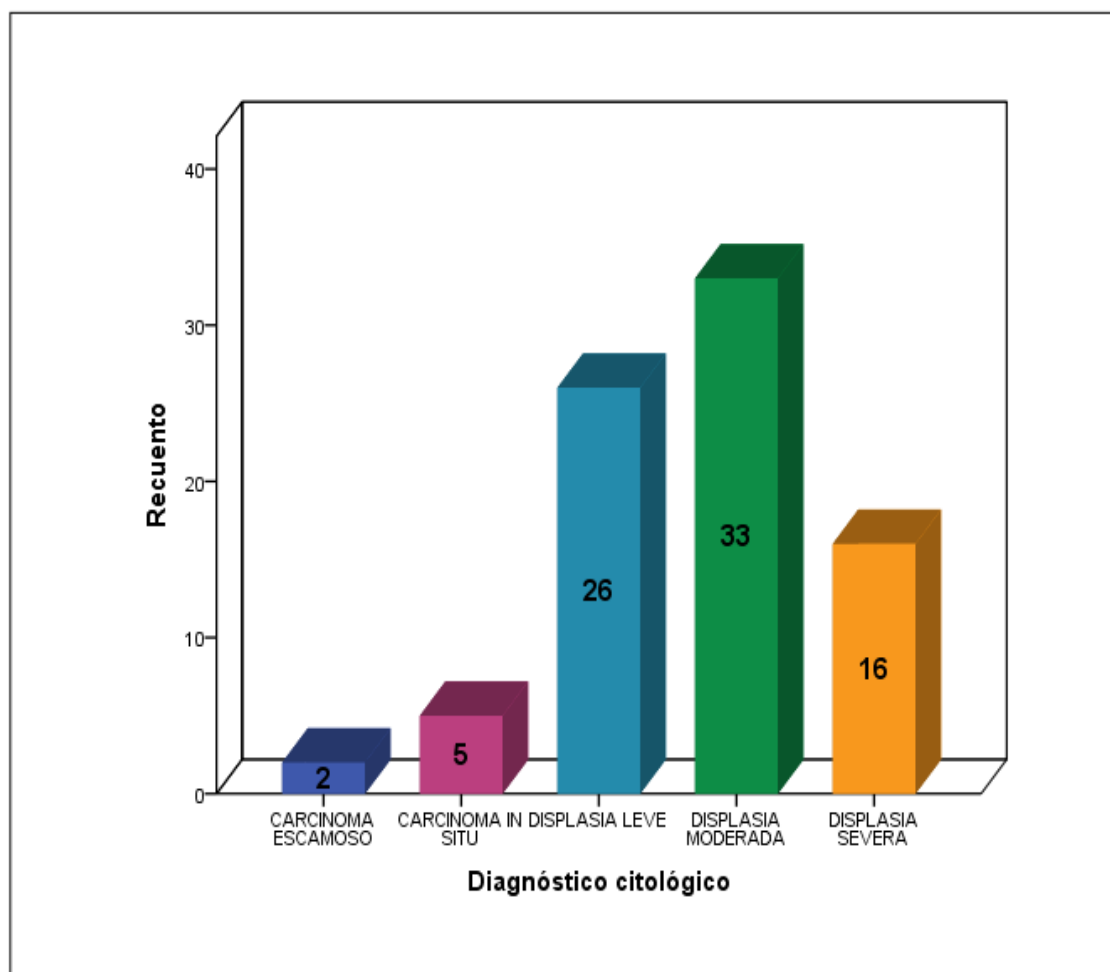


FIGURA 03: Pacientes que presentaron positivo al diagnóstico citológico.

FUENTE: Elaboración propia

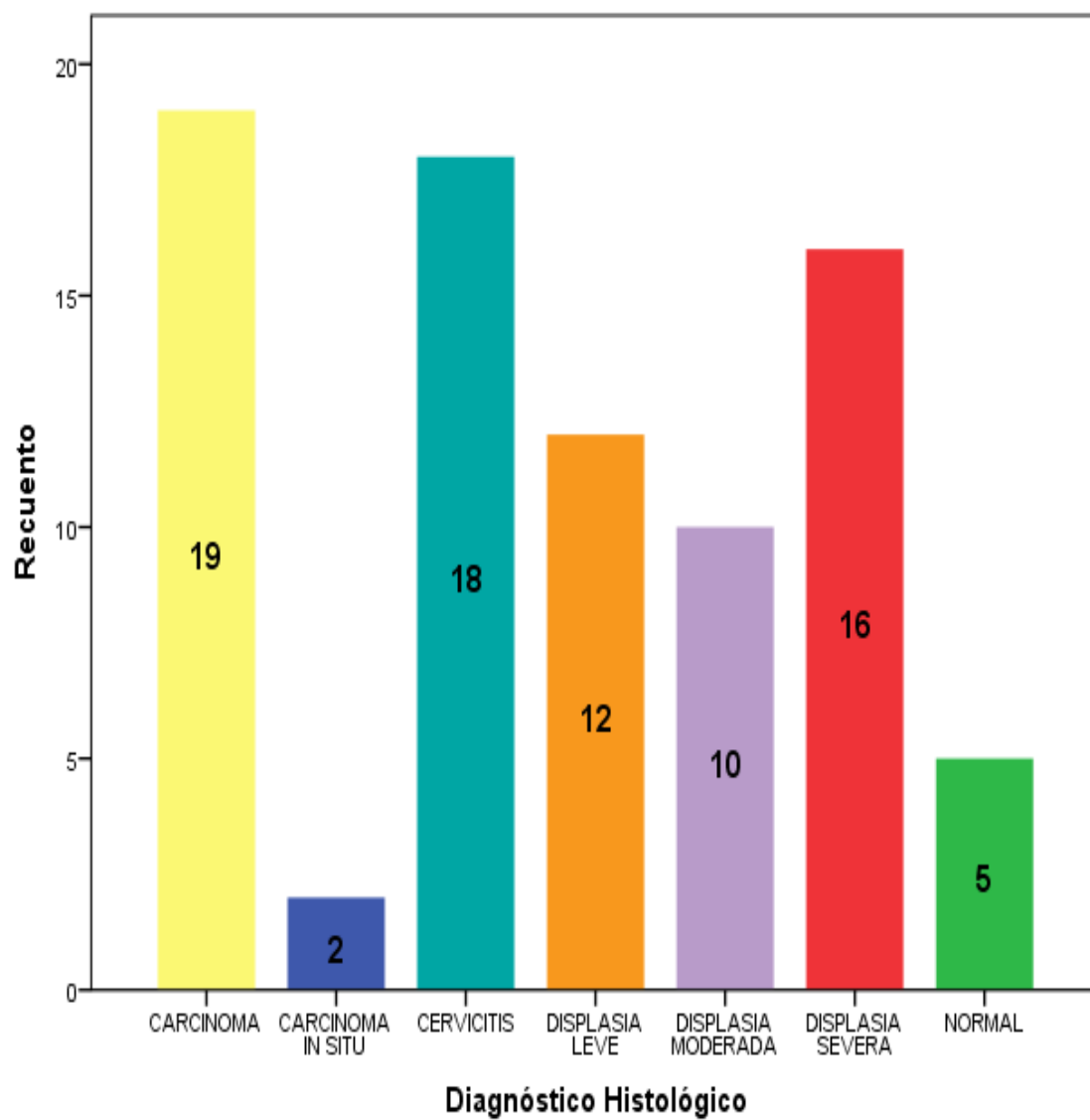


FIGURA 04: Pacientes que presentaron positivo al diagnóstico histológico.

FUENTE: Elaboración Propia

Tabla 03.

Pacientes agrupados por edades cada 10 años.

Edades agrupadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 20	1	1,2	1,2	1,2
21 - 30	10	12,2	12,2	13,4
31 - 40	19	23,2	23,2	36,6
41 - 50	20	24,4	24,4	61,0
51 - 60	14	17,1	17,1	78,0
61 - 70	11	13,4	13,4	91,5
71 - 80	4	4,9	4,9	96,3
81 - 90	2	2,4	2,4	98,8
91 - 100	1	1,2	1,2	100,0
Total	82	100%	100,0	

Porcentajes de pacientes agrupados por edades en un rango de 10 años donde se puede observar el porcentaje máximo y mínimo en negrita (elaboración propia).

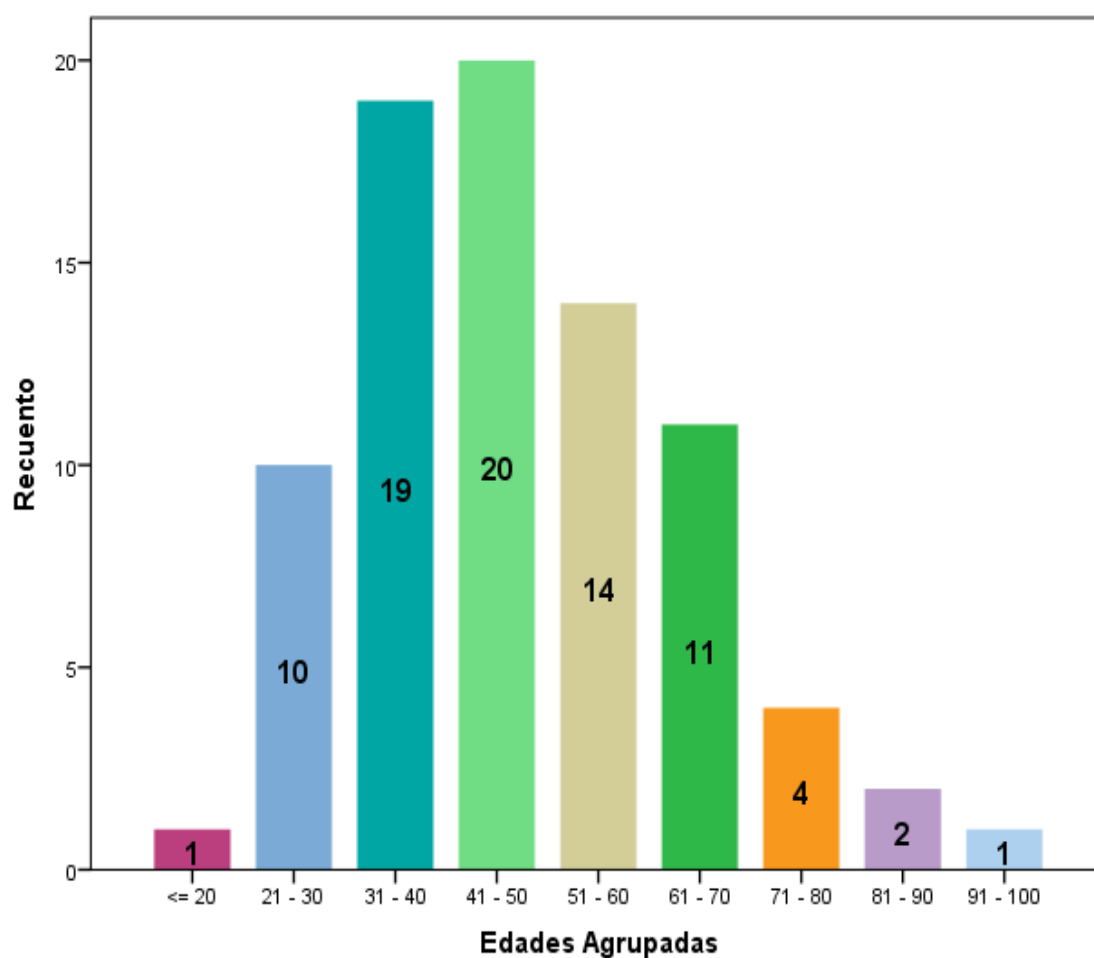


FIGURA 05: Número de pacientes agrupados por edades en rango de 10 años.

FUENTE: elaboración propia

Tabla 04

Valor del índice de Kappa aplicado a 82 pacientes.

Índice	Valor	Número de casos evaluados
Kappa	0,0954843	82

Resultado numérico estadístico del índice de Kappa evaluado a 82 pacientes que presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial para el diagnóstico citológico y el diagnóstico histológico (elaboración propia).

IV. DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos nos han permitido conocer la concordancia entre diagnóstico citológico e histológico y la sensibilidad del diagnóstico citológico para el descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante en el Hospital Regional Lambayeque desde los años 2012 – 2016.

8200 pacientes acudieron para el descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante, de los cuales 150 presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial cervical o carcinoma infiltrante al estudio citológico, con este estudio se puede determinar diferentes lesiones intraepiteliales cervicales, estas pueden ser ASC – US, ASC – H, LEIBG (por HPV, displasia leve), LEI – AG (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ y con características sospechosas de invasión) y carcinoma de células escamosas (15).

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio citológico se determinará el tipo de tratamiento que recibirá la paciente (16, 17), el cáncer de cuello uterino se considera en gran parte curable si se detecta antes de que progrese a enfermedad invasiva, muchos autores proponen la detección temprana con el método adecuado para no generar falsos negativos y también generar programas de prevención con el debido seguimiento del paciente (16, 18).

De las 150 pacientes que presentaron alguna de las lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante, 68 no realizaron el estudio histológico confirmatorio, 82 se realizaron el estudio histológico confirmatorio, de

las cuales 59 fueron positivos y 26 pacientes no presentaron alguna lesión, el diagnóstico histológico es el gold standart para el diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales o carcinoma infiltrante debido que puede confirmar los verdaderos positivos y falsos positivos (10, 11, 13). Para darle mejor fiabilidad al descarte de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales y carcinoma infiltrante, hay que utilizar pruebas adicionales como la colposcopia (12, 14).

En nuestro estudio se encontró que el mayor grupo etáreo que presentó alguna lesión escamosa intraepitelial cervical o carcinoma infiltrante es de 41 - 50 años con una cantidad de 20 pacientes. Cirion, Herrera y Sanabria (19) realizaron un estudio a 7174 pacientes que presentaron positivo para alguna lesión escamosa intraepitelial cervical en el Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría" de Cuba en el período 2004-2007, sus resultados fueron de 35 a 44 años (1108 mujeres, con un porcentaje 37.5 %, seguido de 25-34 años con un porcentaje de 30.4 %, Carrasco y La Chira (20) en su estudio que realizaron en el 2016 a 65 pacientes del hospital Nacional Hipólito Unanue, que presentaron positivo al diagnóstico de cáncer de cérvix, encontraron que la etapa de vida con número de casos fue de 30 a 59 años con un total de 43 casos con un porcentaje de 66,2% .

Los grupos etáreos que presentaron solo 1 paciente con alguna lesión escamosa epitelial cervical o carcinoma infiltrante es de 91 - 100 años y menores de 20 años, de acuerdo a las investigaciones realizadas por muchos investigadores cáncer de cuello uterino es muy poco frecuente en mujeres menores de 21 años (16, 19, 20).

Al realizar la prueba de sensibilidad a los 82 pacientes que presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial cervical o carcinoma infiltrante con el estudio citológico es de 71.9%, a comparación de Sarduy (21) que realizó una investigación a 205 mujeres durante el periodo de 1994 a 2005 del Servicio de Ginecología del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) de la habana cuba donde encontró una sensibilidad de 97,3%. Lau, Millán, Fajardo y sanchez (22) trabajo en el periodo de enero del 2010 a junio del 2011 en Granma cuba con un universo 246 mujeres que presentaron citologías anormales para cualquier lesión escamosa intraepitelial cervical y la muestra de 89 mujeres con histologías positivas para cualquiera de los tres grados de neoplasias intraepiteliales cervicales encontrando una sensibilidad de 90,2%, estos resultados no concuerdan con los encontrados en nuestro estudio.

Sarduy (21) al realizar el análisis de kappa encontró un valor 0.882, que indica muy buena concordancia, a comparación de nuestro estudio donde se obtuvo un valor que de $K = 0,0954843$, que indica que hay una pobre concordancia entre el estudio citológico y el estudio histológico.

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

1. De los 150 pacientes que presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial o carcinoma infiltrante, 82 se realizaron el estudio histológico confirmatorio, de los cuales 18 presentaron la misma lesión tanto para el diagnóstico citológico como para el diagnóstico histológico.
2. En el estudio de concordancia entre el diagnóstico citológico e histológico realizado a las 82 pacientes que presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial o carcinoma infiltrante al estudio citológico, los datos estadísticos muestran que hay una pobre concordancia con un valor numérico de $K = 0,0954843$.
3. Al evaluar la sensibilidad a los 82 pacientes que presentaron alguna lesión escamosa intraepitelial al diagnóstico citológico, nos da una sensibilidad de 71,9%.
4. El grupo etáreo con mayor número de pacientes que presentó alguna lesión escamosa intraepitelial o carcinoma infiltrante es de 41 - 50 años con una cantidad de 20 pacientes.

VI. RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

Al concluir el presente trabajo de investigación se recomienda.

1. Realizar más estudios con respecto al descarte de lesiones escamosas intraepiteliales, debido que los resultados pueden variar de un lugar a otro.
2. Se recomienda capacitar periódicamente al personal que trabaja en el área de despistaje de lesiones escamosas intraepiteliales para que los resultados tengan un mínimo error (toma de muestra, procesamiento, lectura de muestra).
3. Se recomienda a las pacientes alguna lesión ya mencionadas al estudio citológico deben realizarse siempre el estudio histológico confirmatorio para descartar cual cualquier lesión escamosa intraepitelial o carcinoma infiltrante debido que hay una pobre concordancia entre el estudio citológico y el estudio histológico.
4. Se recomienda un trabajo conjunto entre las áreas de patología y ginecoobstetricia para un diagnóstico más certero.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. David AR, Zimmerman MR. Cancer: an old disease, a new disease or something in between? *Nature Reviews: Cancer*. 2010; 10: p. 728–733.
2. Karpozilos A, Pavlidis N. The treatment of cancer in Greek antiquity. *European Journal of Cancer*, 2014; 40: p. 2033–2040.
3. Aureli Torné Bladéa, Marta del Pino Saladríguezb , Maite Cusidó Gimferrer , Francesc Alameda Quittletd , Daniel Andia Ortíz , Xavier Castellsagué Piqué et al .Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014.Rev elsevier; ;57(Supl. 1):1-53
4. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013; 49 (6): p.1374–1403
5. Alex Guibovich Mesinas. Sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2008 al 2013. *Horiz Med* 2014; 14 (3) 44-48.
6. Bourgioti C, Chatoupis K, Mouloupoulos LA. Current imaging strategies for the evaluation of uterine cervical cancer. 2016; 8(4): p. 342–354.
7. Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson, Karen D. Bradshaw, F. Gary Cunningham. *Williams Ginecología*. McGraw-Hill Interamericana Editores. Segunda Edición 2012. Pág. 769 – 792.
8. Louie SdS SK, Mayaud P. Epidemiology and prevention of human papillomavirus and cervical cancer in sub-Saharan Africa: a comprehensive review. *Trop Med Int Health*. 2009;14(10): p .1287–1302

9. Haesebaert J, Luntringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Jacquard AC, Régnier V, Leocmach Y, Vanhems P, et al. French women's knowledge of and attitudes towards cervical cancer prevention and the acceptability of HPV vaccination among those with 14–18 year old daughters: a quantitative-qualitative study. *BMC Public Health*. 2012; 12: p. 1034.
10. Bulten J, Horvat R, Jordan J, Herbert A, Wiener H, Arbyn M. European guidelines for quality assurance in cervical histopathology. *Acta Oncol* 2011 Jun;50(5):611-20.
11. Cordero J. Correlación cito-colpo-histológica en la consulta de patología de cuello. *Revista de Ciencias Médicas*. La Habana. 2014.
12. Olivares A, Sánchez M, Olivares A, Contreras N, Díaz M. Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histología de las lesiones intraepiteliales del cérvix. *Rev Invest Med Sur Mex*, Abril-Junio 2013.
13. Hernán P, Jumbo M. Correlacion entre citologías anormales, colposcopia y estudio histopatologico en pacientes con lesiones premalignas de cuello uterino en el hospital “pablo arturo suarez”, en el año 2013. *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología*. Agosto 2014.
14. Feliz M, Sánchez M, Santana L, Santana M, Matos M, Francisco C, Díaz A. Correlacion diagnostica entre citologia, colposcopia y biopsia en la neoplasia intraepitelial cervical, hospital de la mujer dominicana. *Rev Med Dom*. Vo1.72- No.3. Septiembre/diciembre, 2011.
15. Mendivil J. Concordancia diagnostica de vph por citologia cervical, colposcopia y estudio histopatologico. *Universidad Veracruz*. Marzo 2008-febrero 2011.

16. Fritz AG, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, et al. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología: CIE-O, 3ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2000.
17. Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Schenck U, Baldauf JJ, et al. Directrices Europeas para la gestión clínica de la citología cervical anormal, Parte 2. La citopatología. 2009; 20 (1): p. 5-16.
18. El Colegio Americano de Obstetricia y ginecología - Comisión de Cuidado de la Salud del Adolescente (2010) Comité Opinión N° 463: Cáncer de cuello uterino en los adolescentes: cribado, evaluación y manejo. Obstetricia y Ginecología 116 (2): 469-72.
19. Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf JJ, et al. (2008) directrices europeas para la garantía de calidad en la detección del cáncer de cuello uterino: recomendaciones para el manejo clínico de la citología cervical anormal, parte 1. La citopatología 19 (6): 342-354.
20. Cirió G, Herrera M y Sanabria G. Correlación cito-histológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Rev Cien Méd. 2010; 14(1): p. 1-12
21. Carrasco C y La chira C. prevalencia y factores de riesgo de cáncer de cérvix en las pacientes que acuden al consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unane, 2015. Tesis de pregrado. Universidad privada norbert Wiener. Lima- Perú. 2016.
22. Sarduy M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev Cub obstet ginecol. 2009; 35(1): p. 1-11.

23. Lau D, Millán M, Fajardo y Sánchez C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cub Obstet Ginecol. 2012; 38(3): p. 366-377.
24. Altman DG. Practical statistics for medical research. New York: Chapman and Hall; 1991.

ANEXOS

Anexo 1

Ficha protocolo que se utilizó para la recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No ID PACIENTE:

.....

Edad:

ESTUDIO CITOLÓGICO

No de citología cervical:.....

Conclusión

Citológica:.....

ESTUDIO HISTOLÓGICO

No de biopsia de cérvix:

Diagnóstico histológico:

.....

Anexo 2

Valores del índice de Kappa (23).

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
< 0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy buena